

Eine kleine Hilfe zum Ausfüllen des Fragebogens



Angaben werden ab diesem Zeitpunkt benötigt.

Der Familienstand ist für die Prüfung und evtl. auch den Anspruch auf Familienversicherung bedeutend.

Bitte Angaben zum Ehepartner auch, wenn nur Kinder familienversichert sind. Sie sind für die Prüfung der Anspruchsberechtigung wichtig. Bitte den Hinweis für getrennt lebende Ehepartner beachten.

Bitte hier auch Angaben bei privater Krankenvollversicherung oder freier Heilfürsorge.

Angaben sind hier nur erforderlich, sofern der Ehepartner selbst oder dessen leibliche Kinder im Prüfzeitraum familienversichert waren und der Ehepartner nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse war.

Angaben zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)
 Die Angaben sind erforderlich ab **08.12.2009**

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds Vorname: Max Name: Muster

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet seit: eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - (partei) (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehefrau/Ehemann“ zu machen) seit:

2. Familienangehörige
 Tragen Sie bitte die Angaben für Ihre Ehefrau oder Ihren Ehemann auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen Ihrer Ehefrau oder Ihres Ehemannes sind nicht erforderlich, wenn diese bzw. dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehefrau/Ehemann	Kind	Kind	Kind
Name	Muster	Muster		
Vorname	Hans	Marta		
Geburtsdatum	11.06.1991	14.01.2000		
ggf. vom Mitglied bewohnte Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied		<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Verwandt mit der/dem Ehefrau/Ehemann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
Selbst bei der BKK für Heilberufe versichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bruttoarbeitslohn aus geringfügiger Beschäftigung (Min-Job)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung (sofern von den Beschäftigungen bestanden bzw. bestanden, bitte gesondertes Blatt verwenden)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Selbständige Tätigkeit liegt vor	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitslohn aus mehr als einer geringfügigen Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalerträgen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlmehrs der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsüberläge, Betriebsrenten, sonstige Konten	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte:				
Zeitraum, für den die Einkünfte erzielt wurden bzw. werden (sofern der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Schulbesuch/Studium (bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstbescheinigung beifügen)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen oder o. a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Bei Fragen bis ich unter der Telefonnummer _____ oder E-Mail-Adresse _____ zu erreichen (freiwillige Angaben).

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____ ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zuständigkeit der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 7 a Abs. 3 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch - SGB III): Soweit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist für Ihre Person nach § 209 Abs. 1 v. S. 1 erforderlich. Die Daten sind für die Festlegung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 201 SGB V, § 7 SGB III) zu erheben. ¹ Sollten Ihnen aufgrund der Trennung keine Angaben zur (bisherigen) Ehefrau oder zum (bisherigen) Ehemann möglich sein, bitten wir um kurze Mitteilung. Angaben in der Rubrik „Ehefrau/Ehemann“ sind grundsätzlich für die Zeit bis zur Scheidung erforderlich.

Ist das Kind kein leibliches Kind des Ehepartners, ist dessen Einkommen und Versicherungsart für die Beurteilung der Familienversicherung des Kindes nicht von Interesse.

Bei einer geringfügigen Beschäftigung darf das Gesamteinkommen die Einkommensgrenze (monatlich 400,00 €) nicht übersteigen. Für sonstige Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, ...) beträgt die Einkommensgrenze derzeit 365,- €. Es gilt das Einkommen im Sinne des Einkommensteuerrechts.

Bitte geben Sie unter „bis“ an, bis wann voraussichtlich noch Schulbesuch oder Studium andauern.

Ohne Ihre Unterschrift ist der Fragebogen ungültig.